

特殊情況計劃的申請和核實表格(EAS 46-425)

姓名			郡政府專欄
社會安全號碼	TITLE XVI/福利案件號碼	出生日期	
地址 (號碼, 街, 公寓號碼, 市, 郵遞區號)			電話號碼

1. a. 你目前是否在領取給老人, 盲人和殘障者的州政府補助計劃(SSI/SSP)福利? 是 否
 b. 你目前是否在領取家中協助性服務(IHSS)的福利? 是 否
 c. 你目前是否在領取給移民們的現金補助計劃(CAPI)的福利? 是 否

2. 你曾否領取過特殊情況計劃的福利? 是 否
 假如是的話, 你為了什麼情況而領取福利? 何時? _____

3. 你是已婚的嗎? 是 否
 a. 假如是的話, 你的配偶也是SSI/SSP項下的領取者嗎? 是 否
 b. 你的配偶是IHSS項下的領取者嗎? 是 否
 c. 你的配偶是CAPI項下的領取者嗎? 是 否

4. 你和其他人同住嗎? 是 否
 假如是的話, 請列出和你同住的每一位人士

姓名	社會安全號碼	年齡	領取 SSI/SSP 和 / 或 IHSS 和 / 或 CAPI? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

5. 你居住的房屋是租借的嗎? 是 否

6. 你擁有你的住房嗎? 是 否
 假如是的話, 請列出房契上載有名字的所有人士 :

7. 你持有你房屋的“轉讓後的永久居住權證”嗎? 是 否
 假如有的話, 請列出房契上載有名字的所有人士 :

8. 請列出你或者你和你配偶擁有的所有流動資產, 如: 現金, 銀行帳戶, 股票, 或其他儲備金:

項目	金額
_____	\$ _____
_____	\$ _____

9. 有多少流動資產被留下用於下面的項目?

財產稅.....	金額
房屋保險.....	\$ _____
喪葬費.....	\$ _____
用於被批准的供養自己計劃的資產.....	\$ _____
醫療費用—請說明.....	\$ _____

對你房屋的留置權—請說明.....

- a. 假如你經受過大災禍，如：火災，水災或地震，你是否需要錢來換置 / 修理下列項目？

家用傢俱 / 設備

	是	否	金額
煮食爐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
冰箱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
小暖爐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
床	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
其他傢俱或設備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

請解說大災禍的性質 _____

- b. 假如你需要補助來修理 / 換置房屋和 / 或生活必需的用具，支付搬家費用，找到出租房屋，購買住房，修建住宅或防止取消贖取權的話，請填寫這一欄：

房屋和 / 或生活必需用具的修理 / 換置

(1) 你的房屋不安全或有害於健康嗎? 是 否
這是房屋修理嗎? 是 否
這是生活必需用具的修理 / 換置嗎? 是 否

假如是的話，請說明 _____

修理 / 換置的預估花費 _____

增補的修理(上面(1)項的修理 / 換置房屋和 / 或生活必需用具的金額必須超過\$300)

(2) 這是房屋修理嗎? 是 否
這是生活必需用具的修理 / 換置嗎? 是 否
假如是的話，請說明 _____

增補的修理 / 換置的預估花費 _____

搬家費用

- (3) 你是否將搬離你目前的住處？

是 否

你被驅逐出屋嗎? 是 否

驅逐出屋的原因 _____

你的房屋不安全或有害於健康嗎? 是 否

假如是的話，請說明 _____

預估的搬家花費 _____

增補的搬家費用(上面(3)項的搬家費用必須超過\$200/每1位領取者或\$300/每2位或更多位領取者。)

(4) 你需要增補的搬家費用嗎? 是 否

假如是的話，請說明 _____

增補的搬家費用的預估花費 _____

獲得租借房屋

(5) 你將搬至租借的房屋嗎? 是 否

假如是的話，請指明下列(任何如有的)花費：

公用事業費押金 \$ _____

租屋費 \$ _____

清洗費和 / 或保證金 \$ _____

你曾否用本月的福利(即 SSI/SSP, IHSS, CAPI)付過房租?

是 否

假如是的話，請指明支付的金額。 \$ _____

.44 對於得不到郡政府預先批准的費用將不給予付款，除非此特殊情況是緊急事件。

購買住房

(6) 你在購買住房嗎?

 是 否**防止取消贖取權的付款**

(8) 你的財產是否有留置權而導致取消贖取權?

假如是, 請指出下列(若有任何的)化費:

 是 否

首期付款 \$ _____

假如是, 請說明 _____

締結花費 \$ _____

房地產商費 \$ _____

其他花費(請說明) \$ _____

假如你(或者你的配偶)是62歲或超過62歲, 你有否呈交'緩延財產稅'表格, 讓你的房屋財產稅緩付?

 是 否**修建住房**

(7) 你需要修建你的住房嗎?

 是 否

假如是, 請說明 _____

假如你不擁有此住房, 你是否有屋主的書面許可來修建住房?

 是 否**證明**

假如我的流動資產的來源和金額有任何改變, 或是地址或居住情況/安排有改變的話, 我同意馬上通知福利所。

我瞭解, 我被要求有我在表格上所作聲明的證明, 每一項聲明都要承受檢查和核實, 並且我的簽名表示准許給予這樣的檢查。

我在願受對偽誓的處罰並按刑事法的偽誓罪而願受制裁下聲明, 這份表格上的上述聲明真實無誤。(在願受對偽誓作處罰下的聲明適用於各個並每個簽署表格的人, 證人除外。)

申請人簽名(假如你劃記號, 必須有一位證人在下面簽名)	簽署日期	簽署地點(郡)
配偶或另一位父母(若住在家中)	證人簽名	

代表申請人填寫表格人士簽名(假如你有法定監護人, 這人必須簽名)。**我在願受對偽誓的處罰並按刑事法的偽誓罪而願受制裁下聲明, 這份表格上的上述聲明真實無誤。(在願受對偽誓作處罰下的聲明適用於各個並每個簽署表格的人, 證人除外。)**

簽名	簽名日期	簽署地點(郡)
地址	電話號碼	和申請人的關係(法定監護人, 兒子, 妻子, 朋友, 授權代表等)

請不要在此線條下填寫 - 郡政府專欄

CURRENT SSP STATUS:	Eligible this month	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
CURRENT IHSS STATUS:	Eligible this month	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
CURRENT CAPI STATUS:	Eligible this month	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
VERIFICATION OF ELIGIBILITY:	Source of Verification	<input type="checkbox"/> SDX	<input type="checkbox"/> SSA	<input type="checkbox"/> County Records	<input type="checkbox"/> MEDS

1. Description and documentation of need: _____

2. Gross amount of needs:

ITEM	AMOUNT
_____	\$ _____
_____	_____
_____	_____
Total gross amount of needs:	\$ _____

Less available liquid assets:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
\$	\$ _____

Balance of needs

.....	\$	
-------	----	--

3. a. Approved in amount of \$ _____ Effective _____
- b. Disapproved, Basis: _____

 _____ Date: _____
- c. Disapproved, other (withdrawn, death, cancellation): _____ Date: _____
- d. Disapproved, No SCP funds: _____

4. If approved, did this Special Circumstances Program benefit keep the recipient out of an institution? Yes No

DATE	ELIGIBILITY WORKER NAME	TELEPHONE	NOTIFIED CLIENT ON	PRIOR AUTHORIZATION FORM TO CLIENT ON
DATE OF REVIEW	ELIGIBILITY SUPERVISOR	APPROVED: DISAPPROVED:		